



Departamento de Salud del Condado Riley

REGISTRO PARA VACUNAS COVID-19, SARS-CoV

(COVID-19, SARS-CoV-2, VACCINE REGISTRATION FORM)

INFORMACION DEL PACIENTE (USTED NESESITARA MOSTRAR SU IDENTIFICACION)

Nombre del Paciente		Segundo Nombre		Apellido	
¿Es este su nombre legal? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		¿Si no, Cual es su nombre legal?		(Nombre anterior(s))	
Fecha de Nacimiento / /		Edad		Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Raza: <input type="checkbox"/> Asiático / Islas del Pacífico / Otro <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska			<input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Hawaiano		<input type="checkbox"/> Caucásico o Blanco <input type="checkbox"/> Desconoce / Otro
Dirección Actual			Ciudad		Estado
Núm. Celular ()			Núm. de teléfono. ()		Idioma Preferido
					Código Postal
Origen Étnico: Hispano/Latino?: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No					

EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre del Contacto de Emergencia		Relación con el paciente		Núm. de Teléfono ()	
				Núm. Adicional. ()	

INFORMACION DE TRABAJO

Nombre del Empleador		Dirección del Empleador		Título Profesional:	
----------------------	--	-------------------------	--	---------------------	--

CUESTIONARIO PARA VACUNAS

1. ¿Estás enfermo o experimentar fiebre alta? Explique	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
2. ¿Tiene alergias a medicamentos, alimentos, un componente de la vacuna o látex? Explique	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
3. ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica grave (por ejemplo, anafilaxia) a algo? Por ejemplo, ¿tuvo una reacción por cual tuvo tratamiento con epinefrina, EpiPen, o tuvo que ir al hospital? En caso que conteste Si, explique (¿reacción a qué?):	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
4. ¿Alguna vez ha tenido una reacción grave después de recibir una vacuna? Por favor explique:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
5. ¿Tiene enfermedades hemorrágico o toma un anticoagulante? (En caso que conteste Si, aplique presión firme durante 2 minutos después de la vacunación).	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
6. ¿Ha recibido una dosis de la vacuna COVID-19? Si contesto Si, ¿qué vacuna? <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Pfizer <input type="checkbox"/> Johnson & Johnson <input type="checkbox"/> _____ y cuando (Fecha): _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
7. ¿Ha recibido terapia de anticuerpos pasivos (anticuerpos monoclonales o suero de convalecencia) como tratamiento para COVID-19?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
8. ¿Ha tenido una prueba positiva de COVID-19 o un médico le dijo que tenía COVID-19?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
9. ¿Ha recibido otra vacuna en los últimos 14 días?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
10. ¿Tiene un sistema inmunológico debilitado causado por algo como una infección por VIH o cáncer y / o toma medicamentos o terapias inmunosupresoras?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
11. ¿La persona a vacunar está embarazada o amamantando?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

CONSENTIMIENTO DE VACUNA

Se me ha ofrecido una copia de la (s) Declaración (es) de información de la vacuna (VIS) y / o la Hoja de datos de la Autorización de uso de emergencia (EUA) para la vacuna marcada a continuación. He leído, se me ha explicado y entiendo la información dada. Soy consciente de que se me aconseja esperar 15 minutos después de la vacunación para que sea monitoreado. Solicito que se me administre la vacuna marcada a continuación o a la persona nombrada anteriormente por la cual estoy autorizado a realizar esta petición:

Moderna, mRNA-1273 Pfizer & BioNTech, BNT 162b2 Johnson & Johnson, Janssen

Firma del paciente o padre/tutor legal :

Fecha:

FOR OFFICE USE ONLY

Nursing Documentation

<input type="checkbox"/>	Manufacturer:		
<input type="checkbox"/>	Lot Number:	(place syringe sticker here)	
<input type="checkbox"/>	Expiration Date:		
<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	Injection Site:	Left	Deltoid
<input type="checkbox"/>		Right	

Vaccine Administrator:

Date: